

# Melding om dødsfall

Henvendelser vedrørende skader:  
telefon **815 35 007**

Skademeldingen skal sendes til:  
**Oslo Forsikring AS**  
Pb 6845 St. Olavs plass, 0130 Oslo

## DØDSFALLET SKJEDDE:

I arbeid  På fritiden

### 1. OPPLYSNINGER OM ARBEIDSGIVER (BRUK STORE BOKSTAVER)

|  |                |
|--|----------------|
| BYDEL / ETAT / KOMMUNAL BEDRIFT / FORETAK/AKSJESELSKAP | TELEFON        |
| KONTAKTPERSON HOS ARBEIDSGIVER                         | E-MAIL ADRESSE |
| ARBEIDSGIVERS POSTNR. / -STED                          | FORETAKSNUMMER |

### 2. OPPLYSNINGER OM AVDØDE (BRUK STORE BOKSTAVER)

|                    |                        |                 |
|--------------------|------------------------|-----------------|
| ETTERNAVN, FORNAVN | FØDSELSDATO            | PERSONNUMMER    |
| ADRESSE            | BOSTEDSKOMMUNE         |                 |
| POSTNR. / -STED    | ARBEIDSSTED/KONTORSTED |                 |
| STILLING / YRKE    | ANSATT DATO            | STILLINGSBRØK % |

**Fast ansatt** Ja  Nei

Uførepensjonist Dato for overgang til uførepensjon:

### 3. OPPLYSNINGER OM DØDSFALLET

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Når skjedde dødsfallet</b>                                   | DATO   | KLOKKESLETT   | STED   |
| <b>Hvilken lege undersøkte den avdøde</b>                       | NAVN   | ADRESSE   |  |
| <b>Hvor skjedde dødsfallet?</b>                                 | <input type="checkbox"/> På direkte reise til / fra arbeidssted/<br>oppdragssted | <input type="checkbox"/> Ved fjern-<br>arbeid         | <input type="checkbox"/> På vei mellom arbeidssteder     |
|   | <input type="checkbox"/> På arbeidsplass/<br>arbeidssted                         | <input type="checkbox"/> På tjenestereise             | <input type="checkbox"/> Hjemme                          |
|   |  | <input type="checkbox"/> Utenfor<br>hjemmet           | <input type="checkbox"/> På ferie-<br>/fritidsreise      |
| <b>Hvordan skjedde dødsfallet?</b>                              | <input type="checkbox"/> Ulykke  | <input type="checkbox"/> Arbeidsulykke                | <input type="checkbox"/> Sykdom                          |
|   | <input type="checkbox"/> Yrkessykdom   | <input type="checkbox"/> Vold<br>fra klient           |  |
| <b>Dødsårsak</b>  | ANNEN ÅRSAK, OPPGI HVA SLAGS   |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Kreft   | <input type="checkbox"/> Hjertestans/<br>svikt        | <input type="checkbox"/> Hjerne-<br>slag                 |
|   | <input type="checkbox"/> Fall  | <input type="checkbox"/> Sammenstøt/<br>påkørsel      | <input type="checkbox"/> Elektrisk<br>støt/<br>spenning  |
|   | <input type="checkbox"/> Kuldeskade  | <input type="checkbox"/> Kjemikalier -<br>forgiftning | <input type="checkbox"/> Brann/eksplosjon/<br>sprengning |
|   | <input type="checkbox"/> Sportsaktivitet   | <input type="checkbox"/> Stråleskade                  | <input type="checkbox"/> Infeksjon-<br>bakterier/virus   |
|   |  | <input type="checkbox"/> Velt/klemt/<br>fanget        | <input type="checkbox"/> Varmeskade                      |
|   |  | <input type="checkbox"/> Påført vold                  |  |
| <b>Er dødsfallet meldt til politiet?</b>                        | ANNEN , OPPGI HVA SLAGS  |   |  |
|   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                         | HVIS JA, TIL HVILKET POLITIDISTRIKT                   | ANMELDESESNR   |
| <b>Ved trafikkulykke, oppgi</b>                                 | PARTENES NAVN  |   |  |
|   | FORSIKRINGSELSKAP  |   | BILNR  |
|   | HVIS JA, SELSKAPETS NAVN   |   | SAKSNR   |
| <b>Foreligger det annen forsikring som omfatter dødsfallet?</b> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                         | SAKSNR  |  |

VED ULYKKE: BESKRIV HENDELSESFORLØPET SOM FØRTE TIL DØDSFALLET

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

#### 4. OPPLYSNINGER OM ETTERLATTE (BRUK STORE BOKSTAVER)

 Ektefelle Partner Samboer Barn Andre forsørgede Dødsbo

EKTEFELLE/PARTNER/SAMBOERS ETTERNAVN, FORNAVN

FØDSELSDATO

PERSONNUMMER

ADRESSE

TELEFON

POSTNR. / -STED

BARNETS ETTERNAVN, FORNAVN

FØDSELSDATO

PERSONNUMMER

ADRESSE

TELEFON

POSTNR. / -STED

BARNETS ETTERNAVN, FORNAVN

FØDSELSDATO

PERSONNUMMER

ADRESSE

TELEFON

POSTNR. / -STED

BARNETS ETTERNAVN, FORNAVN

FØDSELSDATO

PERSONNUMMER

ADRESSE

TELEFON

POSTNR. / -STED

ANDRE PÅRØRENDE/FULLMAKTSHAVER DØDSBO (ETTERNAVN, FORNAVN)

FØDSELSDATO

PERSONNUMMER

ADRESSE

TELEFON

POSTNR. / -STED

#### 5. NØDVENDIGE ATTESTER (SOM SKAL LEGGES VED SKADEMELDINGEN)

- Dødsattest
- Skifteattest/uskifteattest
- Fødselsattest for barn
- Bekreftelse på samboerskap/partnerskap fra Folkeregistret
- Andre attester

#### 6. POST-/BANKKONTO

Erstatningen ønskes overført til

KONTONUMMER (11 SIFFER)

KONTOEIERS / FULLMAKTSHAVER DØDSBOETS NAVN

#### 7. ARBEIDSGIVERS UNDERSKRIFT OG STEMPEL (PÅSE AT SKJEMAET ER TILSTREKKELIG UTFYLT FØR UNDERTEGNING)

STED

DATO

UNDERSKRIFT

STEMPEL

#### 8. FULLMAKT

Jeg bekrefter med dette riktigheten av ovennevnte opplysninger.

Jeg samtykker i at Oslo Forsikring AS eller deres representant kan innhente opplysninger som selskapet trenger fra politi, lege, sykehus, offentlige trygdemyndigheter eller andre.

STED

DATO

UNDERSKRIFT (EKTEFELLE, PARTNER, SAMBOER, MYNDIGE BARN, ANDRE ETTERLATTE)